

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 136.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES TUMEURS DES PARTIES MOLLES

DE LA JAMBE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André VANHAEGENBORGH

Né le 25 Mai 1869, à Nice (Alpes-Maritimes).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juillet 1898

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1897-98. — N° 136.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LES TUMEURS DES PARTIES MOLLES

DE LA JAMBE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

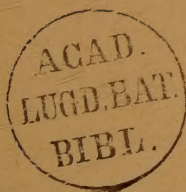
Et soutenue publiquement le 7 Juillet 1898

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André VANHAEGENBORGH

Né le 25 Mai 1869, à Nice (Alpes-Maritimes).



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Juillet 1898

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
		BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{	OLLIER.
		PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements		FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.		GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAILLETON.
Clinique des maladies mentales.		PIERRET.
Physique médicale		MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.		HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie		CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée.		LORTET.
Anatomie		TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.		RENAUT.
Physiologie.		MORAT.
Pathologie interne		TEISSIER.
Pathologie externe		AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales		MAYET.
Anatomie pathologique.		TRIPPIER.
Médecine opératoire.		POLLOSSON (M.)
Médecine expérimentale et comparée.		ARLOING.
Médecine légale		LACASSAGNE.
Hygiène.		BARD.
Thérapeutique.		SOULIER.
Pharmacie.		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique.	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
CHANDELUX.	POLLOSSON (A.)	BOYER.	BARRAL.
BEAUVISAGE.	ROCHET.	VALLAS.	MOREAU.
CONDAMIN.	ROLLET.	SIRAUD.	CAUSSE, chargé des
COURMONT.	ROQUE.	DURAND.	fonctions d'agrégé.
DEVIG.	ROUX.	DOYON.	BORDIER —
GANGOLPHE.	COLLET.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. LANNOIS, Assesseur ;

MM. WEILL et DURAND, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma vive
et profonde reconnaissance.*

A MA SŒUR

A MES AMIS

A mon Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR A. PONCET

A MES MAITRES
de l'Université et des Hôpitaux.

Juillet 1898.
A. V.

AVANT-PROPOS

Au moment de quitter l'Université de Lyon à laquelle nous resterons toujours attaché, fier d'être un de ses élèves, nous tenons à affirmer une fois de plus la lourde dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux.

A tous ceux qui nous ont si libéralement prodigué leur enseignement et leurs précieux conseils, nous adressons ici nos plus sincères remerciements et l'expression de notre vive gratitude.

M. le professeur A. Poncet a bien voulu nous indiquer le sujet de notre thèse et nous faire l'insigne honneur d'en accepter la présidence ; nous eussions voulu cet essai plus digne du Maître qui l'inspira, il voudra bien nous excuser et recevoir l'assurance de notre éternelle reconnaissance.

A M. le Dr Delore, qui s'est mis obligeamment à notre disposition pour nous guider dans ce modeste travail ; à M. le Dr Bret et M. le Dr agrégé Siraud, dont l'appui nous a été si réconfortant à une période

difficile et critique de nos études, nous offrons l'expression de notre dévouement en souvenir de leur bienveillante sympathie à notre égard.

Merci à tous nos amis qui, de près ou de loin, ont su nous témoigner quelque intérêt et nous encourager aux heures difficiles.

Que M. le Dr Abel Combier, notre excellent ami, veuille bien recevoir tous nos remerciements pour la traduction qu'il nous a faite de plusieurs textes anglais.

Nous devons un souvenir tout particulier aux chirurgiens des hôpitaux de Nice, MM. les Drs Figuiera, Moriez et Grinda, qui, pendant le temps que nous avons passé auprès d'eux comme interne, nous ont fait profiter de leur expérience clinique et nous ont toujours témoigné la plus grande bienveillance. Qu'ils veuillent bien recevoir ici le témoignage de notre affectueuse gratitude.

INTRODUCTION

NOTIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES SUR LA JAMBE

L'idée première de ce travail, avons-nous dit, nous a été donnée par M. le professeur Poncet, à l'occasion d'un malade fort intéressant dont nous relatons l'histoire dans l'observation XVII et dont le cas, rapproché de trois autres observés dans le service, l'un publié par M. le D^r Delore, les deux autres, inédits, que nous devons à l'obligeance de M. le chirurgien agrégé Jaboulay, a paru à notre maître devoir motiver quelques recherches sur la fréquence des difficultés de diagnostic de certaines tumeurs des parties molles de la jambe.

Plusieurs observations empruntées à Laurent, *Complications des fractures de jambe* (thèse de Paris, 1874); Vèzes, *Des anévrismes de la jambe* (thèse de Paris, 1890), et nos recherches personnelles dans la littérature médicale française et étrangère, nous ont permis de grouper un certain nombre de cas de diagnostic incertain, parfois erroné des tumeurs de cette région, et nous avons essayé d'en tirer quelques conclusions sur la conduite à tenir dans les cas difficiles.

Nous ferons tout d'abord un court résumé de l'anatomie et de la physiologie de la jambe qui expliquent certaines particularités des observations que nous citons et, de plus, la nécessité dans laquelle on se trouve souvent de se décider promptement à une intervention.

Ces courtes notions seront empruntées aux *Dictionnaires de Jaccoud* et de *Dezhambre*, ainsi que les principaux points de la symptomatologie des tumeurs de la région qui suivra ce premier chapitre.

Une troisième partie comprendra les trente et une observations que nous avons pu grouper sur le sujet qui nous occupe.

Enfin, nous essayerons d'établir le diagnostic différentiel de ces diverses tumeurs en insistant sur les causes qui le font rester le plus souvent en suspens. Nous étudierons les moyens de serrer la vérité d'aussi près que possible, l'intervention chirurgicale étant le plus souvent nécessaire, et nous verrons quelles sont les rapides conclusions que nous pourrons tirer de ce court exposé.

La jambe est cette partie du membre inférieur comprise entre le genou et les malléoles, que l'on a comparée souvent à un tronc de cône renversé.

Elle peut se diviser en région postérieure à deux couches de muscles : la superficielle, qui comprend les *jumeaux* et le *soléaire*, muscles essentiels de la marche et du saut et destinés à fléchir la jambe sur la cuisse, puis le *plantair* grêle, léger auxiliaire des précédents.

Une profonde, constituée par le *poplité* fléchisseur et rotateur de la jambe en dedans, le *long fléchisseur commun des orteils* et *propre du gros orteil* et le *jambier* ou *tibial*

postérieur qui n'ont une action que sur les mouvements du pied ou des orteils.

La région antérieure, composée du *tibial antérieur*, du *péronier antérieur*, de l'*extenseur commun des orteils*, de l'*extenseur propre du gros orteil*, agissant tous uniquement sur le pied.

La région externe qui comprend le *court* et le *long péronier latéraux*, extenseurs et rotateurs du pied. Une aponévrose générale enveloppe le tout, tandis que, de la partie centrale constituée par le péroné et le tibia entre lesquels est jeté le ligament interosseux, partent des cloisons aponévrotiques qui forment autant de loges musculaires. La continuité et la longueur de toutes ces cloisons rendent compte de la difficulté avec laquelle se fait la distension des muscles dans le cas de certaines tumeurs de la jambe et de la facilité, en revanche, avec laquelle se font les fusées purulentes.

La région est vascularisée par :

La *tibiale antérieure* comprise dans la partie externe entre le jambier et l'*extenseur commun*.

Le tronc *tibio-péronier* entre le soléaire en arrière, le poplité et le tibial postérieur en avant qui émet rapidement deux branches, la *tibiale postérieure* comprise dans le haut entre les jumeaux et le soléaire accolé dans le bas à la face externe du tibia et la *péronière* sous-jacente dans ses trois-quarts supérieurs au fléchisseur propre du gros orteil et dans le bas compris entre le fléchisseur propre et le long péronier latéral.

Les nerfs sont représentés par les deux branches de bifurcation du sciatique :

Le *sciatique poplité externe* qui se termine par une

branche musculo-cutanée pour la partie interne de la jambe et le *tibial antérieur* qui suit l'artère du même nom.

Le *sciatique poplitée interne*, qui se place entre le soléaire et les muscles de la couche postérieure profonde avec le paquet vasculaire.

Nous verrons l'importance de certaines de ces données dans plusieurs de nos observations où la compression d'un certain groupe de muscles ou d'un nerf a parfois produit des douleurs ou des vices de position qui ont pu faire croire à des rhumatismes ou des névralgies.

CONSIDÉRATIONS
SUR
LES TUMEURS DES PARTIES MOLLES
DE LA JAMBE

CHAPITRE PREMIER

**SYMPTOMATOLOGIE DES TUMEURS
DES PARTIES MOLLES DE LA JAMBE**

Nous ne pouvons ici suivre la classification ordinaire des tumeurs : en s'occupant d'une région spéciale, il est de toute nécessité de décrire les tumeurs de la région. C'est ainsi que nous les classerons pour la jambe en : *anévrismes, abcès, néoplasmes*.

Vèzes, dans sa thèse de 1890, a réuni quatre-vingt-onze cas d'anévrismes de la jambe. Nos recherches personnelles ne nous ont pas permis d'augmenter de beaucoup ce chiffre qui, quoique peu élevé, prouve cependant qu'il faut compter avec les anévrismes de cette région. Ils sont *spontanés* ou *traumatiques*.

En attachant au mot spontané le sens d'anévrisme développé sans aucune cause appréciable même de contusion très légère, on ne trouve que trois ou quatre cas de

cette variété dans la science. Kinloch les nie même, mais si l'on fait rentrer dans cette classe tous ceux qui se développent à la suite d'une marche un peu longue, d'une entorse, d'un traumatisme très bénin, d'une station prolongée, on arrive avec Vèzès à constater qu'ils se produisent dans un tiers des cas dont la moitié pour la *tibiale postérieure*, le quart pour la *tibiale antérieure*, et l'autre quart pour le tronc *tibio-péronier*; très rarement la péronière en est le siège.

Ils reconnaissaient comme grandes causes principales : la *diathèse rhumatismale*, *goutteuse*, *l'intoxication alcoolique*, *l'infection syphilitique*. Le début en est variable, tantôt insidieux, se manifestant par un léger gonflement, mal délimité, que la marche augmente avec douleurs plus ou moins vives irradiées vers le pied, le mollet, faisant penser à des douleurs de rhumatisme ou de névralgies; tantôt, au contraire, à la suite d'un mouvement brusque, d'une promenade, d'une ascension d'escaliers, le malade se souvient d'avoir eu une sensation de rupture, de vives douleurs suivies d'engourdissement, puis immédiatement ou quelques jours après, une tumeur plus ou moins nette ou diffuse est apparue. Souvent le malade y a déjà perçu des battements à cette époque.

Les anévrismes traumatiques sont plus fréquents et se produisent par plaies artérielles de toute sorte provoquées par : instruments piquants, tranchants, traumatismes par armes à feu, esquilles osseuses et surtout fractures de la jambe.

S'il y a plaie, le chirurgien est mis souvent sur la voie du diagnostic par l'hémorragie abondante qui s'est produite ou par l'épanchement qui se sera produit; mais, dans

d'autres cas, ce n'est qu'au bout d'un intervalle de temps variable que l'on voit apparaître les signes d'une fluctuation plus ou moins circonscrite et cela dans une région qui, sans présenter de plaie ouverte, est bien souvent meurtrie, mortifiée par le traumatisme antérieur, bien apte à faire de la suppuration et, dans ces conditions, on pressent l'erreur que le chirurgien est appelé à commettre.

L'anévrisme ainsi formé est une tumeur généralement molle, fluctuante, réductible, indolente ou douloureuse, parfois au moindre contact. La tumeur peut être circonscrite, de volume fort variable ou consister simplement en une tuméfaction à contours mal délimités. Parfois au début est apparue une tumeur à peine perceptible ou qui n'a guère attiré l'attention, puis subitement la tumeur a grossi soit sur place, soit dans une région voisine. La palpation, souvent la vue seule y découvrent des battements synchrones à la systole du cœur et une expansion spéciale du centre à la périphérie que l'on constate en appliquant largement la main sur la tumeur ; en même temps que les doigts sont soulevés, on les sent s'écarter les uns des autres.

L'auscultation y dénote un bruit de souffle systolique d'intensité variable qui devient continu, accompagné d'un frémissement spécial et d'un renforcement systolique dans le cas d'anévrisme artérioso-veineux, le souffle est rude, râpeux dans la majorité des cas.

Ces battements, expansion et souffle, disparaissent ou s'amendent par compression de la fémorale, s'exagèrent par la compression de la tibiale ou de la pédieuse au-dessous de la tumeur.

Enfin, on peut constater un retard marqué, un affaiblis-

sement notable dans les pulsations des artères en aval de l'anévrisme.

Tous ces signes sont pathognomoniques de l'anévrisme et **s'allient** encore quelquefois avec des phénomènes de compression, **œdème**, circulation collatérale, distension des muscles, flexion **permanente**, amincissement de la peau et naturellement des douleurs **d'intensité** variable, mais pouvant, dans certains cas, amener des phénomènes de dépérissement et un état grave.

Chassaignac, dans son *Traité*, divise les abcès en neuf classes. Les plus importants pour nous sont les abcès profonds, suite de lymphantites ou de contusions, ou encore ceux qui succèdent à la transformation sanieuse purulente d'un épanchement sanguin important, sous l'influence de prédispositions individuelles inconnues, ou d'une cachexie chez des individus affaiblis, débilités. C'est une sorte d'hématome suppuré.

Quoi qu'il en soit, le plus souvent après une rougeur superficielle, on voit se développer une adénite inguinale puis un gonflement profond de la jambe qui devient immédiatement rouge, étendue sur toute la circonférence; le membre perd sa forme normale, les reliefs s'effacent, les chairs perdent leur souplesse, tout indique qu'un afflux profond de liquide distend les couches musculaires.

La forme la plus grave appartient aux abcès de la face postérieure sous le soléaire, à cause de leur marche insidieuse de leur tendance à fuser vers le pied et surtout vers le creux poplité; souvent une douleur sourde, continue, névralgique est le seul symptôme qui, d'après Chassaignac, peut persister des semaines.

Inutile d'ajouter que la fièvre, des phénomènes généraux indiquent une suppuration profonde en train de se faire.

Souvent encore il est impossible de percevoir la moindre fluctuation, de faire le moindre toucher, même sous le chloroforme; les aponévroses, les muscles masquent tout symptôme. N'était la température soigneusement enregistrée, toute idée de suppuration devait être écartée.

Il est probable qu'on doit avoir à compter parfois avec des abcès froids de la jambe, quoique nous n'ayons relevé aucun cas où l'erreur avec une autre lésion ait pu être commise. Un empâtement, puis l'apparition d'une saillie indolente, dure, mobile sous le doigt, qui précède le plus souvent la formation de cet abcès, la lenteur de l'évolution et l'absence d'inflammation franche distinguent le plus souvent cette lésion.

Les néoplasmes sont de beaucoup les plus rares des tumeurs au niveau des parties molles de la région jambière.

Mentionnons rapidement l'épithélioma dont l'origine reconnaîtra, le plus souvent, un vieil ulcère variqueux, et par conséquent aura débuté par l'extérieur.

Les tumeurs fibreuses, le plus souvent sous-cutanées, arrondies ou ovoïdes, oblongues, en saillie, sans douleur, à développement lent, avec dureté caractéristique à moins de dégénérescence, avec conservation de l'état excellent.

Les enchondromes qui ne présentent jamais de souffles ni de battements, sont souvent colloïdes ou graisseux.

Les kystes à marche lente, sans réaction, donnant la sensation d'une poche dure, rénitente, de consistance

spéciale, qui se localisent de préférence dans les jumeaux et le soléaire.

S'ils sont placés sur le trajet d'une artère, on reconnaîtra que les battements dont ils pourront être animés ne sont que des battements communiqués. Parfois quelques phénomènes de compression, d'œdème, de circulation collatérale.

Le cancer des muscles de la jambe est très rare ; Jacoud cite le cas de Michon, que nous avons ajouté à nos observations par curiosité. Il relate le fait analogue de Maisonneuve, qui extirpa un cancer encéphaloïde des muscles soléaire et jumeaux. Denonvilliers en a rapporté quatre cas cités dans l'ouvrage de Warren et un appartenant à Bérard et Velpeau. Il nous a été impossible de retrouver ces diverses observations.

Enfin le sarcome se présente quelquefois au niveau de la jambe et est susceptible de subir, comme le cancer, la dégénérescence télangiectasique.

Dans le cas de néoplasmes ainsi vascularisés, on a affaire à des tumeurs de l'adolescence si c'est un sarcome comme c'est le cas le plus souvent, de l'âge mûr si c'est un cancer, ce qui est rare.

L'interrogatoire du malade apprendra que cette tumeur qui se présente avec des points durs et des points ramollis, a d'abord été uniformément dure, qu'elle a débuté (c'est le cas le plus fréquent) par des douleurs primordiales qui ont enlevé rapidement la possibilité de se servir du membre. La marche en a été rapide.

Localement, on constate une augmentation de température, une circulation veineuse collatérale. On y entend un souffle doux, humé, que rien ne fait varier, une

expansion qui se fait avec une certaine brusquerie et qui est totale, c'est-à-dire qui est plutôt une pulsation. La compression des vaisseaux ne produit qu'une réductibilité illusoire.

Elle est souvent accompagnée d'engorgement ganglionnaire qui est précoce et de règle pour le cancer ; on peut constater encore chez le malade la cachexie jaune du cancer ou l'anémie du sarcome.

Signalons la possibilité de prendre pour une tumeur des parties molles un ostéo-sarcome qui semblerait avoir perdu ses connexions avec le squelette ; on pourrait cependant y rencontrer encore la crépitation parcheminée.

Les tumeurs gommeuses peuvent se développer au niveau de la jambe sous forme de tumeurs indolentes d'abord, qui, à un moment donné, s'enflamment et s'ulcèrent. Dans la plupart des cas, on sera mis sur la voie par l'examen et l'interrogatoire du malade.

Voici, rapidement esquissée, la symptomatologie des diverses tumeurs que l'on peut rencontrer dans la jambe.

Il semble qu'avec de tels éléments le diagnostic différentiel doive s'imposer. Combien de difficultés, de tâtonnements pourtant en clinique ! Mais laissons parler les faits, nous verrons ensuite nos ressources pour l'écueil à éviter.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*in* thèse de Laurent, Paris, 1874). — **Anévrisme et abcès.** — Le 17 ventôse de l'an XIII, Pelletan reçut à l'Hôtel-Dieu de Paris un vieillard porteur d'une fracture compliquée des deux os des deux jambes au-dessus des malléoles. Une tuméfaction énorme empêcha toute tentative de réduction. L'enflure de la jambe droite se changea au bout de quelques jours en la fluctuation et formation d'une vaste poche qui, ouverte, donna issue à une collection purulente. Dix jours après, de la fluctuation apparaissait au niveau de la jambe gauche, et une ouverture faite dans les mêmes conditions et le même but que pour sa droite donnait issue à un peu de pus auquel succédait rapidement un jet de sang rutilant. L'enflure de la jambe remontait déjà au dessus du genou. L'amputation jugée nécessaire fut pratiquée immédiatement. Le malade sortit longtemps après, mais guéri.

L'examen du membre amputé permit de constater l'existence d'une vaste poche entre le soléaire et les jumeaux; poche au milieu de laquelle se trouvaient des fragments osseux du péronée et du tibia.

OBSERV. II (*ibidem*). — **Anévrisme.** — Pelletan, dans un cas a peu près analogue de fracture, fit un diagnostic d'anévrisme, mais après bien des hésitations et la seule ressource qu'il eut alors, fut de faire une amputation.

Le malade succomba à une pneumonie.

OBSERV. III (*ibidem*). — **Anévrisme et abcès.** — Dans un troisième

cas, Pelletan se trouva en présence d'un vaste abcès, suite de la fracture de la jambe gauche, abcès qui donnait continuellement un mélange de pus et de caillots sanguins noirs. En pleine réparation de l'os, une tuméfaction se fit un jour subitement au niveau de cet abcès avec une hémorragie impossible à arrêter; l'amputation fut pratiquée, le malade succomba.

OBSERV. IV (d'Orée dans Lentillac, *Considérations sur anévrismes dans fractures jambes*, Paris 1859). — **Anévrisme.** — En présence d'une tumeur de la jambe, suite de fracture compliquée, le chirurgien fit preuve de la même indécision, puis, devant la fluctuation bien nette, se décida à une ponction exploratrice qui donna issue à un jet de sang artériel. L'amputation fut pratiquée et le malade guérit. On se trouvait en présence d'un anévrisme de la péronière et de la tibiaie antérieure.

OBSERV. V (Duvernay, *Traité des maladies des os*, 1751). — **Anévrisme.** — Toujours dans un cas de fracture compliquée de la jambe, il se produisit un engourdissement du membre, l'apparition d'une tumeur du volume d'une noix, fluctuante, qu'on voulut ouvrir, et se trouva être une tumeur anévrismale, qu'on bourra de charpie. Malgré la suppuration qui s'établit tout d'abord, le malade sortit guéri.

OBSERV. VI (Ch. White, *Cases of Surgery*, 1764). — **Anévrisme.** — Une fracture simple de la jambe chez un homme de trente ans donna naissance à une tumeur méconnue qui s'ouvrit spontanément avec une hémorragie qui nécessita l'amputation.

On se trouvait en présence d'un anévrisme de la tibiaie antérieure.

OBSERV. VII (Jet Ch. Bell, *Principes of Surgery*, t. IV). — **Anévrisme.** — Ouverture d'une tumeur à la suite d'une fracture double de la jambe, remplie de sang grumeleux, de caillots. La poche débarrassée par large ouverture, il se produisit une vaste hémorragie qui entraîna une amputation.

OBSERV. VIII (Jet Ch. Bell, *Principes of Surgery*). — **Anévrisme.** — Un chirurgien de Gand réduisit une fracture chez un jeune homme. Quelque temps après la consolidation il fut appelé par son client pour une tumeur de la région sus-malléolaire et prescrivit un caustique pour obtenir l'ouverture de ce qu'il croyait être un abcès. A la chute de l'escarre, au lieu de pus, il s'écoula du sang avec une telle abondance que le malade tomba dans une syncope qui l'emporta.

OBSERV. IX (Gancel, thèse de Paris, 1879). — **Anévrisme.** — J. C..., vingt-cinq ans, rhumatisme, chorée, insuffisance aortique. Douleur vive et raideur dans le mollet. Soigné d'abord pour sciatique. Jambe fléchie. Anévrisme de la tibiale péronière. Amputation. Mort.

OBSERV. X (Battle, *Lancet*, 1889). — **Anévrisme.** — X..., vingt-cinq ans, laboureur, glisse en descendant d'une échelle ; tumeur non pulsatile, incisée pour abcès. Anévrisme tibio-péronière. Ligature poplitée juste au-dessus de sa bifurcation ; extirpation de péronière et tibio-péronière entre deux ligatures.

OBSERV. XI (Rey, *Lond. med. Gaz.*, 1871). — **Anévrisme.** G. Ch..., quarante-neuf ans, douleur au mollet en se promenant, gonflement pris tout d'abord pour un érysipèle. Diagnostic d'anévrisme de la tibiale postérieure fait plus tard. Ligature fémorale. Gangrène. Mort.

OBSERV. XII (Mackenzie, *Monthly Jof. Med. sc.*, 1852). — **Anévrisme.** — J. M..., trente-cinq ans, facteur, rhumatisant. Gonflement dur à la partie supérieure de chaque mollet, ponction exploratrice, hémorragie par anévrisme de la tibiale postérieure reconnu après opération d'Anthyllus. Gonflement stationnaire à la jambe droite qui finit par disparaître. Guérison.

OBSERV. XIII (Chabanne, *Gazette médicale*, Lyon, 1858). — **Anévrisme.** — Un nommé L..., cinquante ans, ancien négociant, sans antécédents, sauf une attaque de sciatique il y a dix ans, et une légère rechute il y a deux ans, m'est envoyé le 26 septembre

à l'hôpital des bains résineux que je dirige à Aubenas. Il y a deux ans, à la suite de la légère récédive dont il a été atteint au niveau de son sciatique, en montant un lourd fardeau dans un escalier, il ressentit tout à coup dans le tendon d'Achille une impression bien spéciale, il eut la sensation que quelque chose *avait lâché*, il put néanmoins, quoique fort gêné, trainant la jambe, arriver au haut des escaliers puis, débarrassé de son fardeau, il se reposa quelques instants, la gêne disparut et il oublia cet accident.

Deux jours après il remarqua à la partie interne et moyenne de la jambe gauche une tumeur de la grosseur d'une amande, dure, douloureuse, à l'insertion des jumeaux, tumeur, qui gagnant de proche en proche chaque jour, finit par envahir tout le mollet et le développer outre mesure. On lui appliqua les remèdes propres à calmer les douleurs sciatiques, particulièrement des sangsues qui lui firent grand bien.

Lorsqu'il arrive, je vois un homme amaigri, la figure tirée reflétant les tortures que le manque de repos, l'impossibilité de mouvoir sa jambe, les douleurs au moindre contact lui infligent depuis longtemps. J'examine la tumeur qui n'a fait qu'exagérer les dimensions du mollet (0,42 contre 0,31) sans le déformer, sans aucune saillie des muscles ni des os, sans aucun battement, aucune expansion, avec une résistance insurmontable à la pression. La peau est normale, la température un peu augmentée, il n'y a aucune fluctuation, aucune différence de densité à un point quelconque de la tumeur. Le pied est enflé, le doigt déprime cet œdème qui en garde la trace. Rien du côté du tibia. Tout était donc fait pour me laisser dans le doute, étant donné de plus la rapidité d'évolution de la tumeur. Je soumetts le malade à la cure des bains résineux qui ne font qu'accroître ses douleurs sans enrayer le développement de la tumeur. Les sangsues ne lui produisent plus aucun effet. Découragé, le malade va nous quitter, lorsque en désespoir de cause, j'interroge encore la tumeur et sous mon oreille je perçois subitement, sur le trajet de la tibiale antérieure, un souffle très fort que j'entends encore distinctement à la face postérieure du mollet et que la compression de la fémorale et de la poplitée fait disparaître. Une bande roulée des orteils au genou ne

fait qu'accroître les douleurs, la jambe est en demi-flexion permanente. Je fais pressentir une opération nécessaire à L... qui s'en va. Peu de jours après, il me prie de venir l'opérer, la tumeur ayant encore grossi et la vie lui devenant à charge.

Le 26 octobre, je fais entendre le souffle à quatre de mes collègues qui reconnaissent se trouver en présence d'une dilatation anévrismale dont ils ne peuvent préciser exactement le siège.

La fémorale est liée au tiers supérieur et dès qu'elle est chargée sur la sonde cannelée, le souffle disparaît ainsi que les douleurs atroces que réveillaient le moindre attouchement ou frottement des habits. La nuit suivante le malade dort d'un sommeil paisible.

Le 3 novembre. L... va bien ; sa tumeur paraît plus molle, peut être touchée, malaxée sans douleur. Le malade n'a pas remarqué que sa jambe se fût refroidie.

Le 23 novembre, le fil est tombé ; la plaie est presque complètement cicatrisée. L... a engraisé ; il se promène dans sa chambre avec des béquilles et sortirait s'il pouvait allonger complètement sa jambe. La tumeur n'a guère diminué, mais est devenue molle. Le pied est moins infiltré et les battements n'ont point reparu sur les troncs artériels inférieurs.

Le 5 juin, on constate un peu d'atrophie de tout le membre malade qui est un peu moins fort que l'autre. Dans l'extension, les muscles de la patte d'oie sont fortement tendus. La jambe est un peu fléchie avec un raccourcissement de 2 à 3 centimètres. Un ongle incarné fait souffrir le malade pour le moment, sans cela il ferait sa promenade habituelle à l'église, distante de 2 kilomètres. Quelques jours après, il a une attaque d'apoplexie avec hémiplegie passagère. Un accès d'asthme m'avait d'ailleurs donné déjà des doutes sur l'intégrité de son cœur. Les douleurs de sa sciatique lui reviennent de temps en temps.

OBSERV. XIV (Sidey, *Edimb. Med. Journ.*, 1859). — **Anévrisme.** — X..., soixante-douze ans, violente douleur du mollet prise pour attaque de névralgie, anévrisme de la fémorale qui guérit par des compresses d'eau glacée, puis anévrisme de tibiale postérieure. Guérison spontanée.

OBSERV. XV (Smith, *New-York Pathol. Soc.* 1877). — **Anévrisme.** — X..., douleurs à la jambe, on croit à un rhumatisme ; signes de gangrène au pied, gonflement ; on diagnostique phlegmon. Incision exploratrice. Amputation. Guérison. Anévrisme fusiforme de tibiaie antérieure, péroné rugueux.

OBSERV. XVI (Basy et Lataete, *Bull. Soc. Anat.*, Paris, décembre 1876). — **Sarcome.** — Un malade porteur d'un sarcome pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia qui présente une marche tellement rapide que, sans l'examen *très attentif et méthodique* de la tumeur et la découverte de son pouvoir *expansif*, on l'aurait certainement pris pour une tumeur inflammatoire.

OBSERV. XVII (Crim., *Med. Rec.*, 1878). — **Anévrisme.** — R..., soixante-trois ans, tumeur sans pulsation, petite incision exploratrice. Anévrisme dont le siège n'est pas reconnu. Hémorragie, bandage d'Esmarch. Guérison.

OBSERV. XVIII (Rivington, *Lancet*, t. II, 1880). — **Anévrisme.** — Arthur W..., âgé de cinquante ans, homme de peine depuis huit ans. Sans antécédents héréditaires ni personnels, sauf un accès ou deux de fièvre intermittente. Bien constitué, vigoureux, sobre et pas de rhumatisme, entre à l'hôpital de Londres le 5 février 1877.

Six semaines auparavant, en montant un escalier il ressentit soudainement une vive douleur au-dessous du creux poplité et constata bientôt un peu d'enflure de la région et quelques battements.

Examiné quatre jours plus tard par un médecin, celui-ci pensa à un abcès et traita la tumeur pendant un mois avec des cataplasmes.

Pendant la tumeur grossit assez rapidement, la jambe enfla et devint de plus en plus douloureuse.

Deux jours avant son entrée à l'hôpital, une petite ouverture spontanée s'est faite au centre de la tumeur et a donné issue à un jet de sang rutilant. L'hémostase a été obtenue au moyen d'un bandage et d'un peu de compression.

A son arrivée à l'hôpital, nous nous trouvons en présence d'une tumeur ovalaire à grand axe dans la direction de la jambe, située à quelques pouces au-dessous du creux poplité et d'un volume assez considérable. Aspect rouge enflammé, demi-fluctuation. Au centre de la tumeur, une petite cicatrice punctiforme recouverte d'une croutelle qui, enlevée, laisse sourdre quelques gouttes de pus, un stylet explorateur introduit fait sortir un peu de sang.

Les pulsations de la tumeur, le souffle râpeux entendu au stéthoscope, ainsi que la constatation de la diminution des artères tibiales me firent penser à un anévrisme. Cependant, d'un autre côté, on se trouvait en présence d'un gonflement qui s'étendait jusqu'à la face antérieure de la jambe, d'une peau chaude, luisante, de veines dilatées d'un pied enflé et on pouvait certainement hésiter entre le diagnostic d'une tumeur anévrismale ou celui d'un cancer pulsatile.

L'application du tourniquet fut faite et amena la diminution de la tumeur. Pour moi, je penchais pour le diagnostic d'un anévrisme, mais de trois de mes collègues qui examinaient le malade, deux étaient d'avis qu'on se trouvait en présence d'une tumeur maligne qui nécessitait une amputation, immédiate pour l'un, en dernière ressource pour l'autre, tandis que le troisième réservait son opinion. C'est dire combien dans des cas pareils le diagnostic est difficile à faire en présence d'une tumeur que son siège, l'engorgement ganglionnaire et la dilatation des veines pouvaient faire prendre pour un cancer malin tandis que le souffle semblait dénoter un anévrisme.

On se décida à la compression en surveillant le malade de manière à faire l'application de la bande d'Esmarch en cas d'hémorragie.

Le lendemain, l'enflure avait augmenté d'un pouce de diamètre et le tourniquet était mal supporté; on soulage le malade avec de la morphine et on applique la bande d'Esmarch pendant une demi-heure jusqu'à disparition du souffle, puis on replace le tourniquet. La pulsation et le souffle réapparaissent, le caillot de l'ouverture de la tumeur fait hernie et une violente hémorragie se déclare, en traversant tout pansement appliqué. Du reste, la tumeur se

réduisait et par cela même confirmait ma croyance à un anévrisme. Le malade se refusant à toute intervention, il ne nous restait que le perchlorure de fer et la bande d'Esmarch qui est la solution que nous adoptons pour l'appliquer sous le chloroforme. Au bout d'une demi-heure, elle est remplacée par la compression digitale simple qui amène la coagulation du sang dans le sac.

La circulation se rétablit par les collatérales, le talon devient plus chaud, mais la partie antérieure du pied se refroidit, les veines se dilatent et le tout prend un aspect marbré pendant que la sensibilité disparaît.

Dans les quatre jours qui suivent, la gangrène envahit la jambe; de la plaie sortent des caillots noirs de mauvais aspect. En dépit de l'imminence du danger et de la douleur, le malade se refuse encore à ce qu'on l'opère; ce n'est que quelques jours plus tard, devant les progrès croissants du mal et l'état général grave avec petitesse du pouls, température élevée, que l'amputation est consentie par le malade, mais refusée par moi devant la gravité du mal. Mort.

A l'autopsie, on trouve une solution de continuité de la tibiaie antérieure, un sac rempli de caillots dont un remonte jusque dans le poplité.

Suivent quelques considérations sur la bande d'Esmarch dans les cas d'anévrismes des membres :

OBSERV. XIX (Mac Sevinney, *British Med. Journ.*, 1880). — **Anévrisme de l'artère tibiaie postérieure ouverte par erreur. Tentative de ligature. Amputation.** — X... est reçu à l'hôpital Dickoya au commencement de novembre 1880. Il avait reçu, quelques mois auparavant, un coup de bâton sur la partie postérieure de la jambe et il remarqua bientôt après un gonflement exactement au-dessus du talon, gonflement qui s'accrut rapidement, devint douloureux et, à l'entrée du malade, la jambe avait déjà doublé de volume. La face dorsale du pied présente un peu d'œdème. La température du membre est élevée. La tumeur est fluctuante mais sans souffle, ni pulsation. Pensant à un abcès, j'ordonne l'application de cata-

plasmes, d'autant plus que la peau s'amincissant, offrant un aspect résistant, brillant, donnait bien vite l'idée d'un foyer inflammatoire prêt à s'ouvrir.

Le malade souffre tellement que je me décide à l'opérer, je fais une incision d'un pouce et demi et quel est mon étonnement de voir jaillir un jet rutilant de sang. Je tamponne immédiatement la place avec un tampon de charpie imbibée de perchlorure de fer et j'obtiens l'arrêt de l'hémorragie pour un moment, mais bientôt un suintement abondant se produit et je me décide à la ligature. On applique une bande d'Esmarch sous le chloroforme et un tourniquet. Je fais une incision de 4 pouces suivie d'une forte hémorragie arrêtée cependant par l'ablation des caillots de la plaie. Je cherche inutilement les deux bouts de l'artère pendant dix minutes et constate que le tibia est ramolli et attaqué sur plusieurs points. Je juge la conservation du membre inutile et ayant à portée de main tout ce qu'il faut pour une amputation, je fais sauter la jambe au-dessous du genou.

Le malade s'était bien comporté pendant toute la durée de l'opération qui avait duré une heure, son pouls s'était relevé et je pouvais compter sur une belle guérison quand, pendant la nuit, le délire s'empare de mon opéré qui arrache son pansement et veut sauter au bas de son lit. Une hémorragie se déclare, difficilement arrêtée, à récides et une anémie rapide emmène le malade en quarante-huit heures.

OBSERV. XX (Kinloch, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1882). — **Anévrisme.** — J. W. R. H., venant de la Caroline du Sud, âgé de quarante-cinq ans, entre dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Cité, le 20 juin 1880, pour une affection de la jambe gauche.

Du genou à la cheville la partie postérieure de la jambe est tellement large qu'elle donne l'illusion d'une énorme tumeur greffée sur les os. Il y a un œdème généralisé du membre.

La jambe est en demi-flexion avec élévation de température et douleur excessive. La circonférence maxima du membre sain étant de 15 pouces contre 22 $\frac{3}{4}$ du côté malade, 19 au creux poplité et 14 pouces $\frac{1}{6}$ près du talon.

Aucun historique de l'affection, le malade se souvient seulement avoir été précipité d'un wagon six ans auparavant, époque à laquelle la jambe était indemne. Trois ans plus tard, sans cause déterminante apparente, une petite masse dure fut sentie dans la jambe et augmenta rapidement; le malade, de plus, semble se souvenir avoir perçu quelques battements. Un accroissement rapide depuis sept mois avait décidé le Dr Johnson de Walhala à me l'envoyer à Charleston sans s'être bien convaincu que ce fût un anévrisme, car la compression et le tourniquet n'avaient donné aucun résultat. Nous sommes en présence d'une tumeur demi-solide, rénitente, diffuse, avec congestion des téguments, de grosses veines cutanées bien visibles. La compression directe pas plus que celle de la fémorale ne semble amener une diminution de la tumeur. Aucune pulsation, mais en appuyant *largement* la main on perçoit un léger mouvement excentrique de la masse disparaissant en comprimant la fémorale. Aucun souffle n'est perçu, sauf peut-être par un de mes jeunes amis. Notons un léger engorgement ganglionnaire à l'aîne du côté malade.

Le malade est anxieux, souffrant, mais sans rien qui puisse faire croire à de la cachexie maligne. Peu de sommeil, anorexie, pouls accéléré.

Comme diagnostic porté par moi : anévrisme probable de la tibiale postérieure, peut-être de la partie inférieure du poplité devenu diffus depuis peu avec un sac rempli de caillots et de fibrine. Beaucoup de mes confrères examinent ce cas et la plupart manifestent des doutes sérieux au sujet du diagnostic porté, ils en font, qui un encéphaloïde, qui un sarcome, qui une tumeur pulsatile des os, etc...

L'époque d'apparition de la tumeur, son mode rapide de développement, ses progrès récents, soudains, rapides, l'aspect local, joints à l'état général du malade semblaient me donner raison dans mon diagnostic d'anévrisme, mais je ne pouvais oublier combien et de plus habiles que moi avaient été induits en erreur dans des cas analogues. D'ailleurs, la rareté des anévrismes spontanés de la jambe était un argument des plus sérieux, joints à bien d'autres, contre moi.

En considération de la souffrance du malade et croyant à la présence de caillots dans le sac, je fais une ligature au sommet du triangle de Scarpa, de la fémorale, ainsi que celle d'une collatérale lésée en liant la première.

Une ponction exploratrice faite ensuite n'amène qu'un peu de sérum.

Un mois après, l'état stationnaire était resté le même et, en présence de symptômes certains de destruction du tibia, je pratique l'amputation qui confirme mon diagnostic.

Le malade sort guéri.

OBSERV. XXI (Lagout, *Bull. de chir.*, Paris, 1859). — **Anévrisme.** — Cet auteur raconte avoir vu un malade soigné depuis longtemps par des pommades, liniments, vésicatoires, pour une maladie méconnue de la jambe et dont il fit un anévrisme malgré l'aspect rouge, enflammé, luisant de la peau.

La compression ne donnant rien, il fit la ligature de la fémorale qui amena la guérison de la tumeur, mais non le retour de la marche *ad integrum* à cause des lésions avancées du côté du squelette.

OBSERV. XXII (Chassaignac, *Gazette des Hôpit.*, 1859). — **Abcès.** — B..., cinquante-trois ans, envoyé d'un service de médecine d'où il sort, traité d'une pneumonie, entre dans le service de Chassaignac porteur d'une tumeur profonde de la jambe au niveau du mollet. Malgré une exploration très minutieuse, le diagnostic n'est porté qu'au bout de quinze jours d'examen, après une étude très délicate faite malgré une douleur excessive. On fait le diagnostic d'abcès, qui est traité par incision, drainage, et suivi de la guérison du malade.

Chassaignac fait ressortir la grande difficulté et cependant l'importance extrême de faire un diagnostic précoce dans des cas analogues.

OBSERV. XXIII (Boucarlat, *Bull. Société anatomique*, Paris,

février 1889). — **Néoplasme.** — Un homme entre dans le service de Reclus pour une tumeur de la jambe que l'on prend pour une gomme syphilitique et qui, vérification faite, n'était qu'un polype muqueux intra-musculaire.

OBSERV. XXIV (Cazenave, *ibid.*, avril 1891). — **Gomme tuberculeuse** — Ostéite tuberculeuse du tibia chez un homme de trente-six ans, avec diagnostic hésitant de Verneuil entre gomme syphilitique, ostéite et tumeur du tibia.

OBSERV. XXV (Chapt, *ibid.*, février 1893). — **Sarcome.** — Un malade de quarante-trois ans, opéré pour un sarcome de la jambe, ouvert quatre mois auparavant pour un abcès, ouverture suivie d'une longue émission de liquide sanguinolent. Ce n'était qu'une tumeur molle sarcomateuse parsemée d'ilots hémorragiques.

OBSERV. XXVI (Quenu et Cochin, *ibid.*, mai 1896). — **Chondrome.** — Une malade, femme de soixante-quatre ans, entre dans leur service porteur depuis plusieurs années d'une tumeur traitée comme varices profondes. Ce ne fut que grâce à l'ulcération et à l'examen microscopique qu'on put diagnostiquer un chondrome que n'amena d'ailleurs que très tardivement la cachexie néoplasique.

OBSERV. XXVII (inédite). — **Myome.** — Le 18 avril 1898, X., cultivateur de trente-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu à Saint-Philippe, adressé par un docteur de l'Ardèche, pour une tumeur du mollet droit.

Rien comme antécédents personnels ni héréditaires, ni rhumatisme, ni alcoolisme, ni syphilis.

En octobre dernier, à la suite de surmenage pendant une période de vingt-huit jours, il ressentit une douleur dans le mollet droit et remarqua une tuméfaction peu accentuée qui augmenta progressivement. Depuis deux mois, la marche en a été plus rapide et la douleur plus intense, surtout pendant le travail.

Actuellement on constate une véritable hypertrophie du mollet qui est simplement exagéré dans ses formes. La circonférence du membre, au point le plus saillant, à 17 centimètres au-dessous de

la rotule, donne 44 centimètres au lieu de 30 de l'autre côté. La peau, sillonnée de grosses veines flexueuses, desquame par suite d'un érythème produit à la suite d'application d'onguents, de pom-mades et surtout d'urine. Le système pileux semble un peu plus développé du côté de la jambe malade.

Il est probable qu'on se trouve en présence d'un anévrisme osseux ou des parties molles ou d'une tumeur sarcomateuse.

La tumeur présente une légère expansion visible à un jour fri-sant ou par mouvements communiqués à un stéthoscope. Sa pal-pation donne la sensation d'un soulèvement bien net et de toute la masse de la tumeur.

Le souffle n'est pas trouvé le premier jour, mais un assistant du service croit le reconnaître quelques jours après le long du bord interne du tibia.

La consistance de la tumeur est dure, rénitente, résiste à la dépression sans donner la sensation ni de fluctuation ni de refou-lement.

Le squelette est indemne, la tumeur n'a manifestement aucun rapport avec les os.

Rien du côté de la fémorale, la compression de la droite à la racine du membre amène la cessation de l'expansion et la diminu-tion de la circonférence du mollet : 1 centimètre environ.

Les battements de la tibiale postérieure sont très difficilement perçus. Ceux de la pédieuse sont mieux sentis ; il existe un certain retard dans ses pulsations. Différence de 1 degré de température entre les deux jambes. Pas d'adénopathie ni de teinte cachectique néoplasique, un léger étiollement produit par le séjour dans une salle d'hôpital d'un malade habitué à la vie au grand air.

Ajoutons que quatre jours auparavant une ponction exploratrice a été faite par le docteur qui envoie le malade et a ramené du sang ; depuis, au dire du malade, sa tumeur semble avoir un peu augmenté.

Rien dans les urines.

Le cas est certainement fort embarrassant. La plupart des assistants réservent leur diagnostic. M. le Dr Dor semblerait assez disposé à en faire une tumeur, influencé peut-être par un endothé-

liome du service. M. le professeur Poncet nous présente le malade dans sa clinique, discute les symptômes : étant donné l'âge du sujet, la rapidité d'apparition, l'évolution de la tumeur, la dilatation des veines superficielles et l'élévation de température du membre, il en ferait bien un néoplasme, mais d'un autre côté, étant donné l'extrême rareté des néoplasmes des parties molles de cette région, le retard apparent de la pédieuse, la disparition presque complète des battements de la tibiale postérieure, l'expansion de la tumeur quoique ce ne soit pas la véritable expansion du centre à la périphérie, expansion qui cesse avec la compression de la fémorale, tandis que le volume de la tumeur semble se réduire un peu, enfin en dernier lieu, mais sans y attacher trop d'importance, le fait d'une ponction exploratrice qui a ramené du sang, font pencher l'opinion du professeur pour un diagnostic d'anévrisme sans l'affirmer pourtant fermement, étant donné la rareté de l'anévrisme spontané sans cause bien appréciable chez un individu qui ne présente aucune tare diathésique infectieuse ou toxique.

Une opération est décidée et une incision médiane sur le mollet entre les jumeaux amène sur une tumeur comprise en plein soléaire. C'est un néoplasme d'aspect encéphaloïde que les recherches ultérieures de M. le Dr Dor ont fait ranger parmi le groupe des rhabdomyomes. Cette tumeur s'est développée aux dépens du muscle soléaire puis a englobé le paquet vasculo-nerveux, a même dilacéré les fibres du nerf. La partie facilement énucléable est enlevée le jour même et une amputation est décidée pour débarrasser le malade de son néoplasme et lui assurer une guérison. Trois jours après, une nouvelle intervention l'ampute au tiers inférieur de la cuisse.

Actuellement le malade fait de la généralisation, ce qui semble contredire l'opinion de Delbet et Le Dentu qui font des myomes une néoplasie bénigne sans tendance à l'envahissement ou à la généralisation.

OBSERV. XXVIII (inérite). (Service de M. le professeur Poncet, communiquée par M. le chirurgien Jaboulay. — **Anévrisme.** — Un homme de trente-six ans sans aucun antécédents héréditaires ou

personnels, reçut il y a sept ans un coup de couteau dans la région jambière antérieure. Grâce à un interrogatoire très minutieux on finit par savoir que le malade a commencé par avoir à cette époque une petite grosseur qui a présenté quelques battements, grosseur qui siégeait à la partie antérieure de la jambe, puis brusquement, il y a quatre mois, une tuméfaction soudaine s'est produite dans le mollet au niveau de la couche celluleuse des muscles superficiels et profonds.

Plusieurs ponctions ont été faites qui n'ont fait qu'enflammer la région.

Il est probable que l'on a affaire à un anévrisme circonscrit, suite de lésions traumatiques de la tibia antérieure et peut-être diffus de la postérieure. Aujourd'hui on se trouve en présence d'une énorme tumeur qui comprend tout le mollet avec la peau rouge enflammée de 1°⁸ supérieure à celle de l'autre jambe, le tout pourrait faire penser à un sarcome ou un ostéo sarcome, n'était l'énoncé circonstancié des commémoratifs que l'on obtient du malade.

L'auscultation révèle un souffle râpeux à la systole que fait disparaître la compression de la fémorale.

Rien de particulier au niveau de la tibia postérieure et de la pédiense.

Rien dans les os, malgré le diagnostic d'ostéo sarcome porté par quelques chirurgiens.

L'opération est décidée, une bande d'Esmarch appliquée et une incision verticale amène sur une poche remplie de caillots de lésions récentes, les uns fibrineux, les autres purulents, suite des ponctions probablement.

La poche comprise entre les deux jumeaux, bien nettoyée, laisse apercevoir un trou de la grosseur de l'index qui conduit dans un anévrisme circonscrit de la région antérieure à travers le ligament interosseux.

On nettoie le tout, on lie les deux bouts de la tibia antérieure et le malade guérit rapidement avec un peu de compression.

OBSERV. XXIX. (Service de M. le professeur Poncet (M. Ro-

chet intérimaire), communiquée par M. Jaboulay). — **Anévrisme.**
— Un jeune homme de dix-sept ans, à la suite d'un éclat de fer reçu dans la partie supéro-antérieure de la jambe eut une hémorragie assez considérable qui fut suivie d'une grosseur latente pendant quelque temps qui se convertit soudainement en une tumeur volumineuse. M. Jaboulay nous fait remarquer l'analogie frappante avec le cas précédent, aussi son indécision ne fut-elle que de courte durée et, en présence des commémoratifs il en fit un anévrisme diffus consécutif à un anévrisme circonscrit de la tibiale antérieure ou de la récurrente à l'encontre d'un diagnostic d'hématome suppuré ou de sarcome fait par plusieurs de ses collègues. L'opération lui donna raison, on avait affaire à un anévrisme primitif de la récurrente antérieure qu'un curetage et une double ligature guérirent parfaitement.

OBSERV. XXX (Jaccoud, *Dictionnaire*, JAMBE. — **Néoplasme.** — Michon cite un cas remarquable de cancer des muscles de la jambe. Le mal avait débuté par des contractures dans les deux mollets. A l'entrée de la malade on constata que le mollet droit avait 41 centimètres de tour contre 22 qu'avait le gauche. Il était le siège d'une tumeur demi-molle qui donnait la sensation d'une fluctuation et faisait une saillie assez notable dans le creux poplité. En avant, au point le plus élevé de l'espace interosseux, existait une tumeur grosse comme un œuf avec la peau nettement adhérente, mais saine. La saillie du mollet ainsi modifiée s'étendait de la poche moyenne du creux poplité jusqu'au tendon d'Achille et mesurait une étendue de 16 centimètres.

Malgré un engorgement de ganglions au niveau des aines Michon, fit une amputation. La dissection montra que la peau saine n'adhérait nulle part à la tumeur, non plus que les deux jumeaux atrophiés et aplatis. La masse nouvelle constituée par un tissu mou cérébriforme présentait en différents points des épanchements sanguins. Elle s'était exclusivement développée dans les muscles de la couche profonde postérieure de la jambe. Le tibia était intact et ne prenait aucune part à la maladie.

Cette femme succomba à son amputation par infection putride.

OBSERV. XXXI (résumée), *Archives provinciales*, 1896, M. le Dr X Delore. — **Anévrisme.** — F... François, cultivateur, à Quarneraud (Ain), cinquante-six ans, entre à la salle Saint-Philippe de l'Hôtel-Dieu de Lyon, clinique de M. Poncet, le 2 décembre 1895, pour une tumeur de la jambe. Le 3 octobre 1895, en montant sur une échelle, il fit une chute, son pied resta pris quelques instants entre deux échelons et il se fit une fracture au tiers inférieur de la jambe. Le Dr Berthier, de Thoissey, plaça un plâtre qui fut enlevé vingt-cinq jours après : on constata que le membre avait à peu près repris son aspect normal, et on le remplaça par un silicate. Quelques jours après, le malade ressentit quelques douleurs dans le mollet et une sensation pénible de constriction. Les douleurs augmentèrent, le pied devient œdémateux, si bien, que l'on enleva le silicate et on s'aperçut alors que la jambe avait augmenté de volume et que le mollet formait une petite tumeur légèrement pulsatile. La jambe devint de plus en plus volumineuse, la peau rougit et se distendit.

A l'entrée on constate que la jambe gauche est énorme et arrondie, recouverte d'une peau rouge et amincie, présentant par place des écailles se détachant facilement. Bien que la région antéro-externe soit distendue, il est manifeste que la saillie est plus considérable en arrière et en dedans. Au tiers inférieur de la face interne du tibia, on sent une saillie angulaire formée par le fragment supérieur du tibia et au-dessous une dépression. Le pied est œdématisé, énorme, et la peau qui le recouvre est rouge.

A la main, sur toute la jambe, on perçoit des battements avec expansion dont le maximum est situé nettement à la région postérieure; suivant le dire du malade, ces battements et cette expansion existent au moins depuis trois semaines.

L'auscultation fait entendre un bruit de souffle râpeux, synchrone à la diastole artérielle, plus fort en arrière, où les battements sont également plus marqués. La pulsation de la pédieuse et de la tibiale postérieure n'est pas perceptible à gauche, peut-être à cause de l'œdème. Du côté droit, les artères battent fortement.

La compression de la fémorale gauche arrête les battements de la tumeur et fait diminuer son volume.

La jambe gauche est plus chaude que la droite de 1 à 2 degrés.

La circonférence la plus grande égale 41 centimètres, alors que du côté droit, la plus grande circonférence égale 37 centimètres.

Toute contraction musculaire volontaire est abolie dans le membre malade qui est à certains moments, surtout le soir, le siège de douleurs vives avec irradiations dans la cuisse.

Athérome artériel généralisé,

Rien dans les autres organes.

Le 4 décembre, après anesthésie et application d'une bande d'Esmarch, le professeur Poncet fait une incision partant du creux poplité et longue de 20 centimètres, intéressant les jumeaux et le soléaire. On arrive sur une poche anévrysmatique contenant mi-partie du sang, mi-partie des caillots.

On s'aperçoit au curage qu'il existe une poche principale entre les deux couches musculaires postérieures et un diverticule qui a refoulé le ligament interosseux entre le tibia et le péroné, diverticule qui peut faire croire, à un moment donné, à un anévrysme de la tibia antérieure.

Les deux bouts de l'artère déchirée sont retrouvés dans la poche antérieure, l'orifice supérieur est net et peut être lié facilement, l'inférieur est mal délimité, et l'artère dilacérée sur une hauteur de 3 à 4 centimètres, est néanmoins liée. Après ablation de la bande d'Esmarch, on pratique la forcipressure et on laisse quelques pinces à demeure, vue la grande quantité de ligatures à faire. Tamponnement, compression.

Douleurs, fièvre, ulcération puis cicatrisation du cou-de-pied, escarre noire du talon qui finit par se cicatriser.

Le 30, devant la persistance de la fièvre et une ponction du genou qui ramène du pus, on fait un large drainage de l'articulation, puis le 6 janvier, devant les phénomènes généraux graves, le sphacèle et la lymphangite, on pratique l'amputation au tiers supérieur. L'examen de la partie amputée confirme le diagnostic d'anévrysme de la péronière et une fracture du tibia au tiers inférieur consolidée, l'œdème de la jambe et la purulence du genou.

Le 5 mars, le malade sort guéri.

Nous avons tenu à nous étendre un peu longuement sur cette observation que l'obligeance de M. le D^r Delore nous a signalée en nous faisant remarquer que, devant l'état de la peau, les signes d'inflammation, on put se demander un instant si l'on n'avait pas affaire à un phlegmon. Nous serions curieux de connaître le diagnostic porté par le D^r Berthier, et de savoir si fait plus promptement et suivi d'une intervention plus rapide avant phénomènes de compression et sphacèle, qui, probablement, fut la porte d'entrée de l'infection, on n'aurait pas pu conserver sa jambe au malade.

CHAPITRE III

CONSIDÉRATIONS SUR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TUMEURS DES PARTIES MOLLES DE LA JAMBE

On est généralement porté à attribuer au diagnostic chirurgical les caractères de la certitude absolue. Des lésions sur lesquelles la vue peut pour ainsi dire fournir des renseignements directs, qui se prêtent à l'investigation des divers sens destinés à l'insuffisance du premier, semblent au premier abord ne devoir offrir aucune difficulté insurmontable aux recherches dont elles sont l'objet. La connaissance exacte de leur nature et de leurs rapports devraient nécessairement découler d'un examen méthodique approfondi et, à supposer qu'elle se heurte contre quelque obstacle, un chirurgien exercé semble-t-il le franchirait ou le tournerait facilement.

Les quelques faits que nous venons d'exposer suffisent pour démontrer que cette opinion reçoit de fréquents démentis, même de la pratique des chirurgiens les plus connus, de ceux que l'on considère à bon droit comme l'honneur et la lumière de la science et de l'art. On pourra nous objecter que dans maints cas le diagnostic clinique aurait pu se passer du diagnostic scientifique ou du moins

que le malade n'aurait rien perdu à ce que le second serrât de moins près le premier si toutes les précautions de l'intervention avaient été prises. Cette dernière, en effet, ne varie pas dans des limites tellement vastes ou différentes dans la majorité des cas qu'il ne soit indispensable d'avoir de la lésion les notions les plus minutieuses. Nous répondrons que si cela est vrai pour le plus grand nombre, il est des cas où la décision ne devra être prise qu'en parfaite connaissance de cause et le plus rapidement possible. N'y aurait-il eu qu'un seul cas néfaste imputable à un examen mal conduit, mal raisonné, qu'il suffirait à justifier la nécessité de l'examen le plus rigoriste.

Le diagnostic est, d'ailleurs, une science, et, comme tel, doit prétendre à l'extrême clarté, d'autant plus que, comme le dit Louis, « il tient le premier rang entre toutes les parties de l'art médical et en est la partie la plus utile quoique la plus difficile, la source des indications curatives. Sans un diagnostic exact et précis, la théorie est toujours en défaut et la pratique souvent infidèle ». Que de gangrènes, de sphacèles suivis d'amputations, que d'hémorragies évitées, peut-être de survie de quelques années dans le cas de cancer si l'intervention avait été plus tôt décidée et plus clairvoyante. Que de désordres enrayés si l'on avait ouvert plus tôt ces abcès, qui, au niveau de cette région, n'ont que trop de tendance à former des fusées purulentes, nettoyé et lié plus tôt ces foyers anévrismaux qui, bridés par des masses musculaires puissantes amènent si rapidement ces dangereux phénomènes de compression.

Car, il faut bien l'avouer, la principale cause d'errements réside dans la constitution anatomique de la région même que nous étudions. Que la tumeur soit comprise

dans la région postérieure, au niveau du soléaire ou des jumeaux ou au niveau de la partie externe, elle a à lutter contre des masses musculaires puissantes, des plans résistants nombreux, avant qu'elle ne soit manifestée visiblement, tangiblement à l'extérieur. Il faut un long travail inflammatoire, une longue ou tout au moins très forte dilatation anévrysmale pour qu'elle se fasse jour à la périphérie de la jambe.

Les artères, de plus, sont petites, d'un calibre fort réduit, la dilatation sera longue, et bien souvent le nerf lésé, comprimé, grâce à son voisinage dans un même paquet vasculo-nerveux sera le siège de douleurs névralgiques, pseudo-rhumatismales bien avant que la tumeur ne soit appréciable. Que de fois a-t-on cru à une attaque de sciatique de rhumatisme (Obs. IX, XIII, XIV, XV et XVI).

Ces difficultés sont sans aucun doute encore accrues par défaut d'un plan résistant osseux sur lequel on puisse localiser, comprimer la tumeur pour faire donner à la palpation ou à l'auscultation de la tumeur tout ce que ces moyens d'examen pourraient donner. Le ligament inter-osseux qui pourrait suppléer dans une certaine mesure à l'absence de ce plan résistant se laisse forcer souvent, et il n'est pas rare de voir la tumeur primitivement unilobulaire presser un diverticule soit à la partie antérieure, soit à la partie postérieure de la jambe comme dans les observations si intéressantes (XXVIII, XXX) de MM. Jaboulay et Delore.

Comme cause générale qui contribue pour une large part à fausser le diagnostic ou qui ne permet pas de l'éclaircir suffisamment, nous croyons devoir placer en

première ligne : le manque d'importance donné aux commémoratifs de la maladie. S'il est vrai qu'il faut souvent se défier dans l'interrogatoire d'un malade, de l'importance prise par un amnestique avec lequel le malade s'est auto-suggestionné lui-même et qui pourrait peut-être prendre aux yeux du praticien la valeur d'une cause première, il est certain cependant que la plus scrupuleuse attention doit être apportée à l'appréciation de faits qui ont souvent passé inaperçus aux yeux du malade.

Une simple douleur, un gonflement passager, un engourdissement, un court moment de gêne dans l'exercice habituel de ses fonctions, tel est le point de départ de la petite lésion qui a insidieusement progressé (obs. XII, XIII, XIV XV, XVIII, XX, XXVII) et qui n'a été qu'un épiphénomène dans le cours d'une diathèse, d'une infection ou d'une intoxication.

En effet, une marche prolongée, un bien léger traumatisme suivi momentanément ou à distance d'un gonflement ou de rougeur, de gêne ou de fourmillements, de douleurs rhumatismales ou névralgiques, tel est le plus souvent le premier signe en date de l'apparition de la tumeur, témoins les observations IX, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVIII, XXVII.

Dans d'autres cas on retrouve facilement un traumatisme expliquant la lésion, que ce soit un coup de couteau (obs. XXVIII), un éclat de fer (obs. XXX), une fracture (obs. I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XXXI), un coup porté violemment sur la région (obs. XIX, XX).

Enfin dans certains cas il semble ressortir que le médecin n'a trouvé aucun antécédents pouvant être le départ de la lésion, et il nous resterait à savoir si jus-

tement un interrogatoire méticuleux n'aurait pas mis sur la trace de la cause, point de départ de l'affection.

L'auscultation joue de même un rôle important dans le diagnostic et, chaque fois qu'on se trouvera en présence d'une tumeur de cette région, on pensera comme lorsqu'il s'agit du creux poplité qu'on peut avoir affaire à une lésion vasculaire qui est d'ailleurs de règle dans la majorité des cas.

Il est fort probable que l'auscultation appliquée au diagnostic de nos douze premiers cas aurait révélé les signes d'un épanchement vasculaire. Aussi devra-t-on la faire longuement, largement, ne pas craindre de la répéter. Ce n'est que réappliquée en désespoir de cause qu'elle a permis à Chabannes de porter son diagnostic ferme au moment où, découragé de ses soins superflus, son malade allait le quitter. On la pratiquera en faisant varier la pression sanguine au niveau de la tumeur par compression tantôt en aval, tantôt en amont.

On ne se laissera pas convaincre par la seule découverte d'un souffle ; cependant on rapportera ce que l'on entend à ce que l'on devrait entendre en présence de la tumeur que l'on diagnostique ; on se méfiera des souffles transmis par le squelette ou qui ne reconnaîtront pour cause que la simple pression du stéthoscope.

Malgré la recherche des commératifs, du souffle, la constatation des battements, des pulsations, il est certain que l'on est encore exposé pourtant à commettre des erreurs, et cela tient fréquemment à ce que l'on pourrait appeler l'inversion de la symptomatologie de la tumeur.

Un cancer, un sarcome peuvent devenir pulsatiles, présenter un souffle manifeste. Dans ce cas, on se rappel-

lera que le souffle du néoplasme est doux, humé, continu. L'expansion se fait d'un seul coup, dans toute la masse, souvent avec une violence inouïe. La réductibilité est illusoire, la compression de la fémorale ou de la poplitée agit peu sur les symptômes de la tumeur. On se rappellera que le cancer est très rare, qu'il s'accompagne d'un engorgement ganglionnaire précoce, ainsi que de la cachexie jaune paille, qu'il se développe à un âge assez tardif. Le sarcome quoique plus fréquent est encore assez rare, il s'accompagne de douleurs précoces, se développe rapidement avec élévation de température au niveau du membre atteint, avec circulation collatérale veineuse, avec anémie spéciale. Si l'on a affaire à un sarcome qui siège au niveau des symphyses, de préférence à la face antérieure, on songera à la possibilité d'un ostéo-sarcome dont on méconnaîtrait les liens de relations avec le squelette, on se souviendra de sa prédominance dans l'adolescence, de sa crépitation parcheminée.

Enfin, que l'on ait affaire à du sarcome ou à du cancer, la malade pourra nous dire que la tumeur n'a pas toujours présenté les inégalités de consistance que l'on y constate actuellement; que, d'abord dure, elle s'est ramollie progressivement.

Certains cas pourtant sont d'un diagnostic presque impossible, témoin le cas de myome que nous rapportons, témoins les abcès qui se développent si facilement à la suite de la rupture d'un anévrisme ou de l'irritation de voisinage. Le plus souvent cependant, on constatera que ce ne sont que des battements communiqués par l'artère sur laquelle se trouve la tumeur, sans expansion propre. Le souffle qu'on pourra y entendre donnera à penser qu'elle

communiqué avec un vaisseau et que, dans ce cas, ce n'est qu'une forme compliquée d'anévrisme.

En revanche, nous avons la possibilité de rencontrer des anévrismes qui ne battent plus, au niveau desquels on n'entend plus de souffles, soit que la tumeur soit complètement comblée de caillots, soit que, diffuse, le sang y circule au milieu de dépôts sanguins qui lui ont permis de créer un passage dont le calibre n'offre aucune différence avec celui des parois propres de l'artère, soit encore parce que l'orifice de communication de l'anévrisme avec le vaisseau soit si rétréci que la minime quantité de sang qui y pénètre à chaque systole ne permette pas la formation d'un souffle.

Dans le premier cas, l'interrogatoire pourra cependant nous apprendre que la tumeur ne s'est durcie que postérieurement à l'apparition d'une collection liquide, soit naturellement, soit à la suite d'une tentative de ce traitement; dans le second cas, il est certain que le diagnostic devient d'une difficulté extrême, et que c'est le cas de mettre tous les moyens que l'on possède à la connaissance de la vérité. De toute manière on se méfiera de ces tumeurs qui siègent sur le trajet d'un vaisseau d'une certaine importance et ce ne sera qu'avec une extrême prudence que la main du chirurgien s'armera du bistouri pour faire une incision d'exploration.

Ceci nous amène tout naturellement à parler de la ponction dans la recherche du diagnostic. D'une manière générale, on devra abandonner cette opération le plus souvent trompeuse lorsqu'elle n'est pas funeste. D'un anévrisme elle retirera souvent du sérum, d'un néoplasme elle retirera presque fatalement du sang, enfin le plus

souvent on pourra lui imputer la purulence qui se développe au niveau de certains foyers hémorragiques ou encore l'accélération quelle imprimera à la marche d'un néoplasme. C'est dire qu'un chirurgien consciencieux ne s'en servira jamais. Le seul cas où son application pourrait être justifiée n'est que dans la confirmation d'un diagnostic déjà posé, le malade déjà couché sur la table d'opération.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous avons faite des tumeurs des parties molles de la jambe et qui porte sur trente et une observations, nous croyons pouvoir tirer les considérations suivantes :

Dans vingt et une observations, il s'agit d'anévrismes.

Dans quatre autres, il s'agit d'abcès (qu'ils soient primitifs ou consécutifs à un anévrisme).

Dans sept autres seulement, il s'agit de néoplasmes.

Le diagnostic que nous avons un peu plus particulièrement en vue offre parfois de réelles difficultés.

Il est telle circonstance, par exemple, où la tumeur, englobant les vaisseaux de la partie postérieure de la jambe, est animée de soulèvements ou même de battements pouvant laisser croire à un anévrisme qui pourtant n'existe pas.

Une très belle observation de ce genre (obs. XVII) est le point de départ de cette thèse. Des faits analogues sont certes beaucoup plus rares que ceux dans lesquels on trouve l'ensemble clinique des signes d'une tumeur anévrismale.

Nous avons, en effet, trouvé sur ces trente et une observations vingt et un cas d'anévrismes et il est certain qu'à la

jambe, comme au creux poplitè, la présence d'une tumeur, dont les caractères ne sont pas de prime abord nettement définis, doit immédiatement faire songer à la possibilité d'une lésion vasculaire.

Les commémoratifs ont, dans l'espèce, une grande importance. C'est ainsi que, sur vingt et une observations d'anévrismes, nous trouvons un traumatisme antérieur dans quatorze cas.

Dans maintes circonstances, malgré un examen très complet de la lésion, le diagnostic peut encore rester hésitant, aussi sera-t-il prudent, dans la plupart des cas, de ne recourir à une opération que l'on peut considérer comme radicale qu'après s'être assuré d'une façon exacte de la nature de l'affection, et cela par une incision exploratrice faite méthodiquement couche par couche.

Il va sans dire que la ponction exploratrice, dont les méfaits ne se comptent plus, ne sera justifiée, si on tient à la faire, que comme premier temps d'une intervention pour contrôler quelquefois un diagnostic posé.

Dans de telles conditions, l'examen pourra, dans maintes circonstances, lever tous les doutes et indiquer alors nettement au chirurgien la conduite à tenir.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu .

LE DOYEN,
LORTET

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

INDEX-BIBLIOGRAPHIQUE

- LAURENT, thèse de Paris, 1874 ; Complications des fractures.
VÈZES, thèse de Paris, 1890 ; Anévrismes de la jambe.
LENTHILLAC, Considérations sur les anévrismes dans les fractures
des jambes, Paris 1859.
DUVERNEY, Traité des maladies des os, 1751.
CH. WHITE, Cases of surgery, 1764.
J. et CH. BELL, Principles of surgery, t. IV.
GANCEL, Paris, 1869.
BATTLE, Lancet, 1889.
REY, Lond. Med. Gazette, 1831.
MACKENZIE, Monthly. J. of Med. Sc., 1852.
CHABANNE, Gazette Médicale, Lyon, 1858.
SIDEY, Edimb. Med. Journ., 1859.
SMITH, New-York Pathol. Sc., 1877.
BASY et LATASTE, Bullet. Soc. Anat., Paris, décembre 1876.
CRIM, Med. Rec., 1878.
RIVINGTON, Lancet, 1880.
MAC SVINNEY, British Med. Journal, 1880.
KINLOCH, Amer. Journ. of Med. Sc., 1882.
LAGOUT, Bulletin de chirurgie, Paris. 1859.
CHASSAIGNAC, Gazette des Hôpitaux, 1859.
BOUCARLAT, Bullet. de la Soc. anatom., Paris, février 1889.
CAZENAVE, Bullet. de la Soc. anatom., Paris, avril 1891.

CHAPT, Bullet. de la Soc. anatom., Paris, février 1895.

QUENU et COCHIN, Bullet. de la Soc. anatom., Paris, mai 1896.

DELORE, Archives provinciales de chirurgie, 1896.

JACCOUD, Dictionnaire, Jambe, Anévrisme.

DECHAMBRE, Dictionnaire, Jambe, Anévrisme.

